Rok XLVI. Kraków, dnia 26. stycznia 1907. Nr 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jag. prof. Kadera w Krakowie.

O wycinaniu zwężeń cewki moczowej.

Napisał

Feliks Majewski

asystent kliniki.

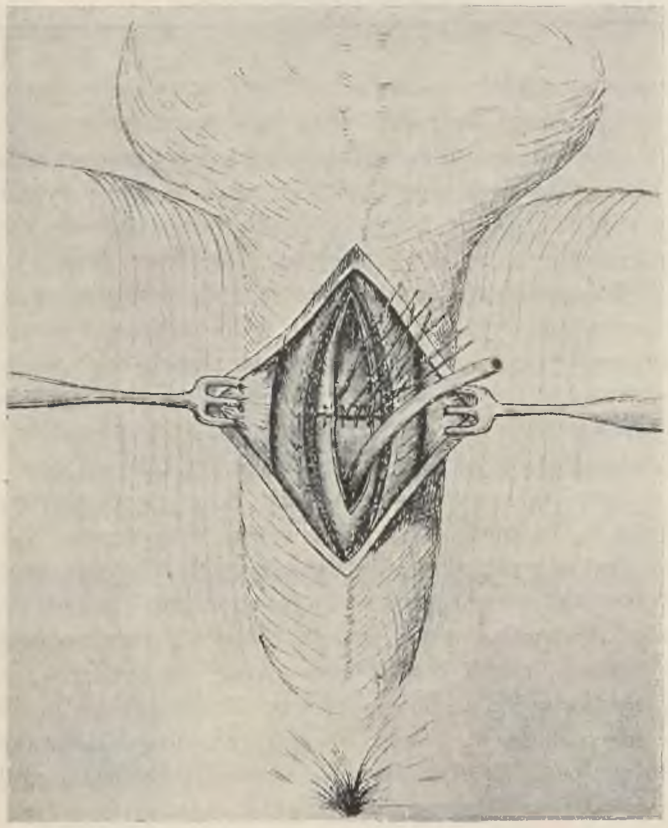
(Ciąg dalszy.)

Prof. Kader postępuje przy operacyi wycięcia zwężenia cewki w sposób następujący: Dawniej w uśpieniu chloroformowem, obecnie od 4 lat tylko w znieczuleniu lędźwiowem zapomocą tropakokainy, układa się chorego na wznak z kończynami dolnemi wzniesionemi i przyciągniętemi do brzucha. Przez ujście zewnętrzne cewki wprowadza się zgłębnik rowkowany aż do miejsca zwężenia. Cewkę otwiera się na zgłębniku tuż ponad zwężeniem jaknajmniejszem podłużnem cięciem w linii środkowej, poczem się zgłębnik usuwa. Cięcie skórne przedłuża się nieco tak, aby uzyskać szeroki dostęp do blizny. Po wprowadzeniu przez ujście zewnętrzne cewki elastycznego sączka, którego jeden koniec wyprowadza się przez otwór uretrotomijny, asystent ujmując obydwa końce sączka podciąga prącie ku górze, przez co naciąga cewkę i w zwężonem miejscu. Brzegi rany uretrotomijnej rozchyla się zapomocą ostrych haków, — wówczas widać odśrodkowy koniec zwężenia, który bada się bezpośrednio okiem i zapomocą sond. W operowanych przez prof. Kadera przypadkach nie udało się ani razu odszukać końca ujścia odśrodkowego zwężonej części. Zbadawszy zapomocą palca dotykiem okolicę cewki na kroczu (część zwężona jest zwykle twardsza, niż jej otoczenie), określa się przypuszczalną długość i szerokość blizny. Z doświadczenia wiemy, że zwężenie zajmuje zwykle tylko nieznaczną przestrzeń i oszczędza część błoniastą cewki, o ile się rozwija na tle tryprowem; długość zwężenia urazowego zależy od rodzaju i rozległości samego uszkodzenia urazowego, a także od rozległości zmian, towarzyszących sprawom następowym, jak krwiaki w otoczeniu, ropnie i t. d. Z tego powodu zwężenia urazowe, aczkolwiek przeważnie pojedyncze, mogą być znacznie dłuższe, zajmując n. p. całą część błoniastą cewki, jak to było w naszym trzecim przypadku. O ile w odśrodkowym końcu blizny uda nam się odszukać choćby najwęższy kanał, wprowadzamy doń zgłębnik odpowiedniej grubości i kierując się jego przebiegiem, rozcinamy zwężone miejsce. Najczęściej jednak w przypadkach bardzo znacznych zwężeń żaden zgłębnik, nawet najcieńszy, nie przechodzi; wówczas staramy się odszukać światło cewki albo uciskając na pęcherz ponad spojeniem łonowem i wyciskając przez otwór strumień lub krople moczu, albo zmuszeni jesteśmy przeciąć zwężenie bez żadnych wskazówek pomocniczych. W tym przypadku albo przecina się zwężenie podłużnie, trzymając się ściśle linii środkowej, starając się odszukać dośrodkowy koniec zwężenia i światło części cewki, prowadzącej do pęcherza, albo — jak postępujemy w naszej klinice — wykonywa się w tym celu szereg poprzecznych wycięć blizny, szerokością odpowiadających szerokości cewki w jej części prawidłowej. Długość wyciętego kawałka cewki zależy od zmian, znalezionych w każdym poszczególnym przypadku, co w przybliżeniu daje się ocenić przy badaniu dotykiem. Jeżeli po wycięciu pierwszej, najbardziej odśrodkowej części cewki długości od $^1/_2$—1 ctm. nie znajdujemy jeszcze światła cewki, wycinamy dalszy kawałek w tej części, w której powinno się ono znajdować. Postępując w ten sposób, daleko łatwiej odszukujemy światło części cewki, prowadzącej do pęcherza, aniżeli wychodząc z cięcia podłużnego. Posiłkując się bowiem cięciem podłużnem, a więc równoległem do poszukiwanego światła cewki, bardzo łatwo możemy je ominąć i zgubić się wśród tkanki bliznowatej, otaczającej cewkę.

Postępując sposobem, wyżej opisanym, prawie zawsze udaje się stosunkowo łatwo odszukać światło cewki; w niektórych jednak przypadkach jest to bardzo trudne. Trzeba uwzględnić, że kanał cewki, szczególniej w przypadkach zwężeń urazowych, bywa niejednokrotnie znacznie zniekształtniony i w bok przesunięty, i pamiętać należy, że cewka leży zwykle znacznie powierzchowniej, niż zwykliśmy jej szukać. W jednym przypadku pomimo zwrócenia uwagi na wszystko to, o czem wyżej wspominaliśmy, trzeba było w końcu wykonać cięcie nadłonowe pęcherza i odszukać cewkę przy pomocy zgłębnika, wprowadzonego do niej od strony pęcherza (przypadek Nr 3).

Po wyszukaniu otworu dośrodkowej części cewki, wprowadzamy do pęcherza cewnik Nelatona, możliwie gruby. Resztki blizny usuwamy jaknajdoszczętniej, chociażby nawet kosztem znaczniejszego krwotoku z powodu nacięcia ciał jamistych. Krwawienie przy wycięciu zwężeń cewki niejednokrotnie bywa dosyć znaczne: staramy się mu zapobiedz przez ucisk gazą, przez napięcie brzegów rany hakami, lub też przez ujęcie w kleszczyki krwawiących naczyń lub założenie szwów. Baczną uwagę przedewszystkiem zwracamy na to, by uzyskać prawidłową przednią ścianę cewki. Brzegi odcinków odśrodkowego i dośrodkowego zbliżamy ku sobie i zeszywamy cienkim drutem. Drutu używamy ze względu na jego aseptyczność. Drut wkłuwa się wprawdzie jaknaj-

bliżej brzegu rany, ale głęboko. nie wiążemy go, ale skręcamy, — zawsze w jednym kierunku (patrz rysunek). Zakładamy 4—6, a nawet 7 szwów, przystosowując brzegi ile możności dokładnie bez silnego zaciśnięcia. Końce drutów pozostawiamy długie, by módz je tem łatwiej potem usunąć. Staramy się utworzyć przednią ścianę ile możności szeroką. Tam, gdzie tego potrzeba, używamy postępowania, wzorowanego na plastycznem rozszerzaniu zwężeń odźwiernika, a mianowicie przecinamy podłużnie dolną ścianę cewki (dośrodkową, gdyż odśrodkowa bywa zwykle dość daleko



przecięta, jako pierwszy akt przy rozcięciu cewki). Postępując w ten sposób otrzymujemy przednią ścianę cewki znacznie szerszą, niż w warunkach prawidłowych. Cewnik, usunięty poprzednio z pęcherza, dla ułatwienia szycia wprowadzamy ponownie i pozostawiamy go na stałe, przymocowując go do brzegów rany w kroczu. Dolnej ściany cewki nie zeszywamy, co najwyżej zakładamy po jednym do dwóch szwów skórnych w kątach rany. Ranę tamponujemy gazą przeciwgnilną. Cewnik, wprowadzony do pęcherza, wyprowadzamy na zewnątrz przez ranę uretrotomijną. Nie wyprowadzamy go przez ujście zewnętrzne cewki jedynie dlatego, ażeby uniknąć ucisku elastycznego cewnika na zeszytą część cewki, nie wywołać w tem miejscu odleżyn i nie przeszkadzać wogóle jaknajszybszemu zrośnięciu się zeszytych części. Chodzi bowiem o to, by zespolenie było jaknajściślejsze i by wytworzyła się blizna jaknajmniejsza. Wszystkie przetoki moczowe przecinamy, oczyszczamy, a w miarę możności usuwamy i tutaj blizny.

(Dok. nast.)

O białaczce i chorobach pokrewnych.

Podał

Dr E. Stahr.

(Ciąg dalszy.)

Z tego dalej wynika, że określanie białaczki zależnie od tego, który narząd (gruczoły czy szpik) jest zajęty, jest jeszcze niewystarczające i niedokładne, bo wprawdzie pojęcie »*myeloides*« pokrywa się z »*myelogenes*«, ale pojęcie »*lymphadenoides*« nie pokrywa się z »*lymphaticus*« (gruczołowy), boć może istnieć białaczka limfadenoidalna niekoniecznie limfatycznego czyli gruczołowego pochodzenia, ale n. p. pochodzenia szpikowego, czyli może istnieć »*leukaemia lymphadenoidalis myelogenes*«. Każda białaczka myeloidalna jest równocześnie pochodzenia szpikowego *(myelogenes)*, ale nie każda białaczka pochodzenia szpikowego *(myelogenes)* jest równocześnie myeloidalną. Ponieważ tak białaczce limfadenoidalnej, jak i myeloidalnej, towarzyszyć może obrzęk śledziony, dlatego nie każda białaczka, dawniej opisywana jako śledzionowa, jest zawsze białaczką myeloidalną. Jest to zapatrywanie, z którem często można się spotkać w pracach różnych autorów.

Powinno się zatem określać białaczki zawsze równoczesnymi dwoma przymiotnikami i to wedle histologicznej formuły krwi i wedle zajętego narządu, n. p. *leukaemia myeloides myelogenes*, albo *leukaemia lymphadenoidalis lymphatica*, albo *l. lymphadenoidalis myelogenes* i t. d.

Wprawdzie Pinkus idzie dalej, niż Ehrlich, bo przyznaje, że szpik kostny ma bardzo ważne, może i pierwszorzędne znaczenie dla powstania białaczki limfadenoidalnej, ale tylko w tych wyłącznie przypadkach, gdzie tylko szpik kostny jest białaczkowy (a gruczoły i śledziona nie zmienione), — jednak w przeważnej liczbie przypadków, gdzie istniejący obrzęk gruczołów i śledziony wystarczy do wytłómaczenia białaczki, tam istniejącym w danym razie zmianom szpiku kostnego przypisuje znaczenie podrzędne, do pewnego stopnia osobnicze.

Jak wiadomo, istnieje obok białaczki prawdziwej i t. zw. białaczka rzekoma *(pseudoleukaemia)*. Obie choroby mają tło anatomiczne najzupełniej takiesame; w obu chorobach nietylko utkanie bujających chorobliwie narządów krwiotwórczych (gruczołów, śledziony), ale nawet utkanie t. zw. przerzutów w innych narządach jest takie samo, a mimo to w białaczce prawdziwej znajdujemy wyraźne i typowe zmiany białaczkowe we krwi, a w rzekomej zmiany bardzo nieznaczne, najwyżej tylko n. p. względną limfocytozę. Dla wytłómaczenia tego zjawiska podnosili niektórzy autorowie czynniki mechaniczne. I tak n. p. Türk (Ein System der Lymphomatosen Wiener kl. Wochenschr. 1903. 35) tłómaczy rzecz tę dotąd dokładniej nieznanym mechanizmem regulacyjnym wywozu komórek z gruczołów. Tam, gdzie z jakichkolwiek powodów wypłukiwanie komórek odbywa się wśród bujania białaczkowego tkanki gruczołowej nieregularnie, tam powstaje białaczka wrzekoma; gdzie zaś odbywa się bez przeszkód, wytwarza się białaczka prawdziwa. Podobnie rzecz tłómaczy St. Klein (Lymphocythaemie u. Lymphomatose Zeitschrift f. klin. Med. 1903. Nr 34 i 35), a mianowicie, że jeśli rosnące gruczoły zaczynają uciskać na naczynia odprowadzające *(vasa efferentia)*. to powstaje białaczka wrzekoma. Szkoła Ehrlicha ucieka się dla wytłómaczenia sprawy do t. zw. swoistego białaczkowego bodźca, który obok przerostu białaczkowego tkanki musi istnieć, żeby powstała białaczka prawdziwa, bo bez niego nawet wybitne bujanie białaczkowe tkanki krwiotwórczej nie zdoła zmienić obrazu krwi. Na to, bądź co bądź śmiałe przypuszczenie możnaby się zgodzić — powiada Pappenheim — gdyby stwierdzono na pewno i ponad wszelką wątpliwość przypadki limfadenoidalnej białaczki, którejby towarzyszyły wyłącznie tylko zmiany w gruczołach bez wszelkiego udziału szpiku kostnego. Tak jednak nie jest.

I oto to właśnie zajęcie szpiku kostnego wywołuje białaczkę, gdy natomiast białaczka rzekoma przebiega zazwyczaj wedle Pappenheima bez zmian w szpiku. Nie wynika stąd, żeby w białaczce rzekomej szpik kostny nie był nigdy zajęty, — owszem może się zdarzyć i to — idzie jednak o to, i to Pappenheim z naciskiem podkreśla, że zmiany szpiku kostnego w każdej białaczce, a więc i limfadenoidalnej, nie są rzeczą przypadku, ale stoją ze sprawą w związku ścisłym i bezpośrednim. Nie wynika stąd dalej, żeby zmiany szpiku były zawsze sprawą pierwotną; są nią tylko w przypadkach białaczki limfadenoidalnej, przebiegającej od początku bez zajęcia gruczołów. Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że w przeważnej liczbie przypadków białaczki limfadenoidalnej, przebiegającej z obrzękiem gruczołów i śledziony, zmiany szpiku kostnego przyłączają się do sprawy, pierwotnie toczącej się w gruczołach i to jako sprawa samoistna i równorzędna, wywołana tymsamym bodźcem białaczkowym, który poprzednio, działając na gruczoły, pobudził je do czynnego bujania. Otóż to współzajęcie szpiku — pisze Pappenheim — jest objawem istotnym i najważniejszym sprawy białaczkowej jako takiej w odróżnieniu od spraw wrzekomobiałaczkowych.

Na ten wywód Pappenheima możnaby się pisać bez żadnych zastrzeżeń, gdyby istniała tylko białaczka wrzekoma limfadenoidalna. Tymczasem nowsze prace zaczynają coraz bardziej przekonywać, że może istnieć i *pseudoleukaemia myeloidalis* (Aschoff, Sternberg), czyli może sprawa toczyć się w szpiku, a na zewnątrz mimo to przejawiać się jako sprawa wrzekomobiałaczkowa. I Pappenheim to też w ostatnich czasach przyznaje w różnych dopiskach, umieszczanych w swoich »Folia haematologica«. — Ale o tem później.

Ostatecznie, tak jak sprawa dziś się przedstawia, jest pytanie, dlaczego raz są we krwi typowe zmiany białaczkowe, drugi raz zaś ich nie ma, mimo, że w obu razach tło anatomiczne sprawy jest jedno i to samo, dotąd nierozstrzygnięte.

Opierając się na badaniach zarówno anatomiczno-patologicznych Neumanna, jak i na spostrzeżeniach hematologicznych Ehrlicha, dochodzi Pappenheim do innych wniosków w sprawie istoty białaczki, jakoteż poszczególnych jej postaci.

Pappenheim (Zeitschrift f. kl. Med. T. 52. Z. 3 i 4) odróżnia na podstawie obrazu krwi dwie zasadnicze postacie białaczki: 1) »Lymphocytenleukaemie« i 2) t. zw. »gemischtzellige Leukaemie«[3]), gdyż wedle niego w tej drugiej postaci obraz krwi nie jest »rein myelocytisch« (t. z. ma nietylko »granulocyty«) »sondern stets mit Knochenmarks-Lymphocythen vermischt«. Godzi się z Pinkusem, że prawdziwa »gemischtzellige Leukaemie« jest wynikiem bujania tkanki myeloidalnej, a t. z. »Lymphocytenleukaemie« wyrazem swoistego białaczkowego bujania tkanki limfadenoidalnej. Godzi się dalej z Ehrlichem i Pinkusem, że »gemischtzellige myeloide Leukaemie« jest zawsze i pierwotnie szpikowego pochodzenia *(myelogenes)*, bo tkanka szpikowa znajduje się w warunkach prawidłowych tylko w szpiku. Wywodzi, że każde złośliwe bujanie tkanki myeloidalnej zawsze wywołuje »gemischtzellige Leukaemie« bez żadnych wstępnych okresów. Rozchodzi się zaś z Ehrlichem i Pinkusem w zapatrywaniu na »Lymphocytenleukaemie«, a mianowicie dowodzi, że dla powstania tej białaczki koniecznie musi się sprawa toczyć w szpiku. Ten przerost limfadenoidalny może się nawet odbywać wyłącznie w szpiku bez zajęcia gruczołów, albo też, jak to bywa najczęściej, z równoczesnym obrzękiem gruczołów.

Twierdzi więc Pappenheim, że oba rodzaje białaczki polegają na zmianach szpiku kostnego. Jestto wedle niego «conditio sine qua non«. Dlatego też Pappenheim zaprzecza istnieniu czystej gruczołowej i śledzionowej białaczki limfadenoidalnej *(L. lymphadenoidalis lymphatica* i *lienalis)* i uznaje tylko następujące zmiany:

1) *Leukaemia myeloidalis myelogenes,*
2) » *lymphadenoidalis myelogenes,*
3) » » *lymphatico-myelogenes,*
4) » » *lieno-myelogenes* i
5) » » *lymphatico-lieno-myelog.*

Obie zasadnicze postacie mają jako wspólną cechę bujanie białaczkowe w szpiku *(myelogenes)*. Rodzaj bujania (czy myeloidalny czy limfadenoidalny) zależy od swoistości złośliwego bodźca, który bezwątpienia jest różny w białaczce jednej i drugiej. Zmiany szpiku wywołują skazę krwi, którą zwiemy białaczkową.

A więc »gemischzellige Leukaemie« jest zawsze samoistną i swoistą (wedle Pappenheima) chorobą szpiku (essentielle u. spezifische Erkrankung des Knochenmarks), a białaczka limfadenoidalna jest tylko określoną postacią i odmianą limfadenoidalnego złośliwego bujania wogóle, niejako ogólnej choroby ustrojowej, która to odmiana i postać zjawiają się wtedy, jeśli bujanie limfadenoidalne w swoisty sposób przypadkowo zajmie i szpik.

Pappenheim więc, ściśle biorąc, nie przeciwstawia sobie dwóch postaci białaczki, ale dwa różne rodzaje bujania (»lymphadenoide« i »myeloide Hyperplasie«).

Z zapatrywania, że obie białaczki są sprawami najzupełniej różnemi (a mianowicie, że jedna jest chorobą szpiku, a druga tylko szpikowem usadowieniem ustrojowego, ogólnego cierpienia) wynika, że białaczka myeloidalna występuje zawsze i wyłącznie tylko jako pierwotnie szpikowa sprawa, natomiast białaczkę limfadenoidalną można raz tłómaczyć jako sprawę pierwotnie, drugi raz zaś jako sprawę następowo toczącą się w szpiku.

Wywodami swymi, bardzo logicznymi, nie przekonał jednak Pappenheim wszystkich. Przeciw jego zapatrywaniom na sprawę »Lymphocyten-Leukamie« występuje cały szereg autorów[4]) jak St. Klein, Sternberg, Türk, Banti i inni. Banti twierdzi, że widział przypadki białaczki limfadenoidalnej bez zmiany limfadenoidalnej szpiku, tak samo Türk występuje stanowczo przeciw zapatrywaniu Pappenheima, że tylko wtedy powstaje limfocytemia, kiedy bujanie limfadenoidalne dostanie się do szpiku. Opisuje on przypadki limfemii, w których nie było zgoła żadnego klinicznego, ani hematologicznego dowodu zajęcia szpiku, a nadto takie przypadki, w których były dowody zajęcia szpiku, a mimo to nie było limfemii.

Türk i inni uznają zatem postać: *leukaemia lymphadenoidalis lymphatica*. A więc na podstawie dotychczasowych danych wolno nam tylko tyle powiedzieć: Białaczkowe choroby krwi są wynikiem swoistej zmiany narządów krwiotwórczych. A że narządy krwiotwórcze są albo utkania limfadenoidalnego, albo myeloidalnego, może być przyczyną białaczki chorobliwe, białaczkowe bujanie albo tkanki limfadenoidalnej, albo myeloidalnej. Dlaczego raz bujanie to odzwierciedla się w obrazie krwi *(leukaemia)*, innym razem zaś nie *(pseudoleukaemia)*, tego dotąd mimo różnych przypuszczeń na pewno nie wiemy.

Skoro białaczkę wywołuje bujanie tkanki krwiotwórczej, raz limfadenoidalnej, raz znowu myeloidalnej, nasuwa się pytanie, czy możliwem jest, aby schorzenie tkanki limfadenoidalnej przechodziło następnie czasem i na tkankę myeloidalną, jednem słowem, czy przejścia z jednej postaci

[3]) Walz radzi tę postać nazywać »Myelocytenleukaemie«, co jest jednak nieodpowiednie, boć nie same myelocyty wśród tego cierpienia we krwi spotykamy, a czasem i białaczce limfadenoidalnej towarzyszy myelocytoza.

[4]) Stanisław Klein (Lymphocythaemie u. Lymphomatose. Ctrbl. f. in. Med. 1903). — Carl Sternberg (Primärerkrankungen, str. 111). — G. Banti (Die Leukaemieen. Ctrblatt f. all. Pathologie u. pathol. Anatomie. 1904. 1. wedle referatu w Folia haematolog. I. 434). — W. Türk (Ein System der Lymphomatosen. Wiener kl. Woch. 1903. Nr 35).

białaczki w drugą, z postaci limfadenoidalnej w myeloidalną, są możliwe i znane.

Autorowie dawniejsi kreślili ostre granice między obiema postaciami i ponieważ sądzili, że te postacie między sobą zasadniczo się różnią, wyłączyli z góry możność przechodzenia jednej postaci w drugą. Oto dlaczego spotykaliśmy tak często opisy najrozmaitszych chorób, do białaczek podobnych, a przecie nie białaczek, bo autorowie opisów tych mieli przed sobą przypadki białaczek, wykraczających po za zarysy prawidłowego obrazu białaczkowego czy to limfadenoidalnego, czy też myeloidalnego. O możliwości postaci przejściowych, czy też postaci, dowodzących może równoczesnych zmian obu rodzajów tkanki krwiotwórczej, nikt nie myślał. Tymczasem zaczęło się gromadzić coraz więcej spostrzeżeń, przemawiających za tem, że istnieją przejścia między bujaniem limfadenoidalnem i myeloidalnem. Za możliwością przejść, oraz za istnieniem postaci mieszanych białaczki przemawiają następujące szczegóły:

Nowsze badania stwierdziły, że nie ma ścisłej granicy między limfocytami, a granulocytami, bo i w limfocytach odkryto ziarenka (Michaelis, Wolff, Schridde), bo i limfocyty wykonują ruchy czynne (Hirschfeld, Wolff, Jolly, O. Israel, M. Askanazy, Schridde) i prawdopodobnie oddziaływają na bodźce chemotaktyczne. Niektórzy autorowie dowodzą nadto, że i przy przemianie myeloidalnej (przeradzaniu się — metaplazyi), którą spotykamy czasem w toku chorób zakaźnych w śledzionie i gruczołach, a nadto wśród białaczki myeloidalnej nie mamy przed sobą przerzutów, ale że gruczoły powstają tam z poprzednio istniejących limfocytów.

Dalej wolno nam przypuszczać, że wśród pewnych okoliczności mogą krążyć w ustroju oba czynniki szkodliwe i działając równocześnie, pobudzać do bujania równocześnie i tkankę limfadenoidalną i myeloidalną; jest także rzeczą możliwą, że jeden czynnik swoisty może sam wywołać tworzenie się tkanki myeloidalnej. Spostrzegane wśród tej choroby obrzęki śledziony i gruczołów nie są wcale złożone wyłącznie z tkanki myeloidalnej, gruczoły bardzo często wcale nie. Na powiększenie tych narządów składa się głównie tkanka limfadenoidalna. Nie można więc wątpić, że jakiś bodziec może wywoływać równocześnie bujanie i tkanki limfadenoidalnej i myeloidalnej.

Rzeczywiste dowody na to zapatrywanie ogłosili w ostatnich czasach poważni autorowie:

Türk (Entwickelung einer acuten Lymphomatose im Anschluss an eine durch Arsenbehandlung unterdrückte myeloide Leukaemie. Wien. med. Wochenschr., 1904. Juli) podaje następujące spostrzeżenie:

U chorego 26-letniego był z początku typowy obraz myeloidalnej białaczki; energiczne stosowanie arsenu obniżyło liczbę leukocytów z 373,000 na 3,500. Potem wystąpiły nagle bolesne obrzęki w gruczołach nadobojczykowych, jakoteż w gruczołach zaotrzewnych i krezkowych. Objawy niedokrwistości wzmagały się, prawie zupełnie znikły granulocyty, a ich miejsce zajęły nietypowe limfoidalne komórki. Obdukcya stwierdziła w narządach krwiotwórczych wyłącznie limfadenoidalne utkanie.

Na tegorocznym zjeździe dla medycyny wewnętrznej w Monachium przedstawiał Türk dalsze takie przypadki na poparcie swego zdania, że jedna białaczka może przechodzić w drugą.

Podobny przypadek ogłosił Wilkinson (A case of Leukaemia with changes in the appearences of blood. Lancet. 20. VI. 1903, przytoczony za Hirschfeldem, Folia haem. str. 757).

Leukocytów 560,000, wśród nich wielka liczba myelocytów, limfocytów i tylko niewiele wielojądrzastych. Eozynofilne i tuczne w ilości zwiększonej ponad prawidłową. W kilka dni później typowa limfemia.

I w naszem piśmiennictwie opisał St. Klein cały szereg przypadków białaczki limfoid. z wysokim odsetkiem myelocytów. (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

Kalendarz lekarski na rok 1907. Wydawnictwo dra J. Polaka. Warszawa. — Czem dla Krakowskiego i Galicyi »Kalendarz lekarski krakowski«, tem za kordonem jest od długiego lat szeregu kalendarz dra J. Polaka. Wyparłszy wydawnictwa obce, cieszy się on tam trwałem, a zasłużonem powodzeniem. Dział informacyjny zawiera prócz ogólnego spisu lekarzy w Królestwie i na Litwie, także dane o instytucyach społeczno-lekarskich itd. Oprócz tabelki najwyższych dozwolonych dawek, dawkowania leków do wstrzykiwań, wziewań i t. d., zawiera kalendarz następujące działy: ratowanie pozornie zmarłych, otrucia, farmakologię podług wskazań, technikę leczniczą, spis środków lekarskich i t. p. Z.

Doc. Karl Schleip. **Atlas der Blutkrankheiten nebst einer Technik der Blutuntersuchung.** (Atlas chorób krwi z dołączeniem techniki badania krwi). Z 71 obrazami litografowanymi w kilku, poczęści w 17 barwach. 1907. — 30 marek.

Wychodząc z założenia, że dobre rysunki bardzo często pouczają więcej, niż najdokładniejsze opisy, postanowił Schleip zaradzić brakowi dobrych rysunków, przedstawiających te różnorodne pierwiastki postaciowe, które spostrzegamy we krwi w stanach fizyologicznych i patologicznych ustroju. Z tego zadania autor wywiązał się wyśmienicie, dając na 45 tablicach szereg artystycznie wykonanych, przeważnie kolorowych obrazów leukocytów neutrofilnych, limfocytów, limfocytów z nieznaczną ilością ziarenek kwasochłonnych, postaci przejściowych, leukocytów eozynochłonnych, tychże leukocytów ze znaczną ilością ziarenek, barwiących się barwikami zasadowymi, leukocytów bazofilnych, zwyrodniałych postaci różnych krwinek białych, krwinek czerwonych różnej wielkości i kształtu, krwinek czerwonych jądrzastych, z których część zawiera figury mito- i amitotyczne, postaci karyolitycznych erytroblastów, krwinek czerwonych wielobarwliwych, płytek krwi o różnych kształtach, krwinek czerwonych z ziarenkami, barwiącemi się barwikami zasadowymi, limfocytów podczas białaczki ze zmienionemi jądrami, jednojądrzastych komórek szpikowych z jednolitą protoplazmą bazofilną, niekiedy usianą ziarenkami neutrofilnemi lub z jednolitą protoplazmą neutrofilną, myelocytów, wreszcie komórek szpikowych we wcześniejszym okresie rozwoju (»unfertige Knochenmarkszellen«); w końcu książki przedstawia S. na 3 tablicach pasorzyty zimnicze i na jednej świdrowce. Atlas poprzedza ładnie wykonany schemat stopniowego rozwoju pierwiastków krwi z komórki macierzystej — dużej jednojądrzastej jednolitej.

Na pierwszych stronicach podaje S. krótki zarys techniki badania krwi. Tu należy zwrócić uwagę na używaną przez autora metodę badania kropli krwi, uniemożliwiającą wysychanie i mechaniczne uszkodzenia preparatu. Do barwienia suchych preparatów używa autor metody Romanowskiego, nieco zmienionej przez Leishmana, mianowicie nalewa na wysuszony na powietrzu preparat 10 kropli rozczynu błękitu metylenowego i eozyny w alkoholu metylowym, po upływie pół minuty dodaje 20 kropli wody przekroplonej i, starannie zmieszawszy, spłukuje po 5 minutach preparat wodą. Metoda ta ma, zdaniem S., przewagę nad innemi, ponieważ wymaga zaledwie 7—8 minut, nie wymaga poprzedniego ustalenia preparatów i jest łatwą nawet przy małej wprawie.

Słów kilka jeszcze o objaśnieniach, dołączonych do tablic. Autor twierdzi, że wielobarwliwość krwinek czerwonych jest oznaką, cechującą tylko młodociane postacie tych krwinek, tymczasem badania Ehrlicha, Maragliano i innych dowiodły, że wielobarwliwość jest również właściwością krwinek ginących; przynajmniej spostrzegamy ją w tych przypadkach, kiedy żywsze odradzanie się krwi jest nieprawdopodobne, a także we krwi, powoli obumierającej po krwotokach i wybroczynach. Z tego punktu widzenia zrozumiałe jest zjawienie się w niektórych krwinkach wielobarwliwych ziarenek, barwiących się barwikami zasadowymi, z czego Schleip nieco pośpiesznie wysnuwa wniosek o znaczeniu ziarnistości bazofilnej. Do spraw chorobowych, które przebiegają z eozynofilią, wyliczonych przez autora, należy dodać niektóre zatrucia i okresy zdrowienia po ostrych chorobach zakaźnych. Wreszcie zaznaczę, że oprócz przybliżonej oceny liczby płytek krwi na suchych preparatach, należało wskazać ściślejszą metodę liczenia tych płytek, opartą na tychże podstawach, co i obliczenie krwinek czerwonych i białych.

Pomijając te drobne usterki, atlas Schleipa uważam za cenny nabytek dla piśmiennictwa. Nieco wygórowana jego cena

(30 marek) przeszkodzi prawdopodobnie szerokiemu jego rozpowszechnieniu wśród studentów medycyny i lekarzy; ale wobec wielkich zalet atlasu powinny się w niego zaopatrzyć kliniki, w których przyniesie on pożądane korzyści jako wzorowy podręcznik obrazkowy. *Prof. Witold Orłowski.*

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Prof. Schloffer. **W sprawie operacyi przysadki mózgowej.** *(Beitr. z. klin. Chir.* T. 50, Z. 3). Fizyologia przysadki mózgowej nie jest jeszcze dokładnie znana. Cyon w swych badaniach doszedł do przekonania, że przysadka ma podwójną czynność; reguluje śródczaszkowe ciśnienie krwi, a nadto ma wielki wpływ na przemianę materyi. Bezpośredni ucisk na przysadkę wywołuje podobne zmiany w krążeniu, jak n. p. ucisk aorty brzusznej, a w razie wycięcia przysadki ucisk aorty nie wywołuje już zmian w ciśnieniu krwi. Doświadczalne usuwanie przysadki jest zabiegiem ciężkim. Nie udawało się też utrzymać zwierząt po tej operacyi przy życiu, z wyjątkiem kilku, o których wspominają tylko Horsley, Friedmann i Maass. Po usunięciu przysadki występuje zwolnienie oddychania, upadek sił, szybkie tętno, kurczowe ruchy i charłactwo. Czasem spostrzegać można wstrzymanie wzrostu zwierzęcia. Zmiany przysadki klinicznie ujawniają się głównie pod dwiema postaciami, jako wzrost olbrzymi kończyn i głowy (akromegalia), lub jako nadmierna otyłość. Nie ulega jednak wątpliwości, że często zmiany w przysadce nie wywołują żadnych objawów, a naodwrót spotyka się często te obie choroby przy zmianach chorobowych w okolicy, a nie w samej przysadce. Przy nowotworach przysadki spostrzegano oczywiście i inne objawy, zależące od ucisku okolicznych tkanek, a należą do nich: bole głowy, zanik nerwu wzrokowego, widzenie połowicze, zmiany ciepłoty, a także wzmożenie pragnienia i łaknienia, a nawet cukrzyca. Czy wzrost olbrzymi polega na przeładowaniu ustroju wytworami przysadki, czy też na ich braku, nie wiemy; jest tu jednak raczej przeładowanie. Niektórzy sądzą, że między chorobą przysadki, a wzrostem olbrzymim nie istnieje związek przyczynowy, lecz oba cierpienia są tylko równorzędnymi objawami innej choroby. Pomimo tych różnic w zapatrywaniach, jesteśmy uprawnieni do operacyi przysadki, choćby z tego względu, by usuwać ucisk śródczaszkowy. Usuwać należy jednak przysadkę tylko częściowo. Przedtem należy zbadać dokładnie czaszkę promieniami Röntgena, gdyż głównie tylko te przypadki nadają się do operacyi, w których siodło tureckie obsuwa się ku dołowi, a guz nie rośnie w stronę mózgu.

Do przysadki operacyjnie dojść można od jamy kości klinowej (Caton, Paul), przez podniebienie (König), od nosa i jamy czołowej, po wycięciu czasowem szczęki górnej, albo też (z obawy przed zakażeniem) śródczaszkowo ze środkowej lub z przedniej jamy czaszki. Autor na mocy swych doświadczeń na zwłokach poleca jako najdogodniejszy sposób odchylenie nosa ku górze wspólnie z czasowem wypiłowaniem szczęki górnej podług Webera. Dostęp wtedy jest najlepszy. Często oko jest stracone, a wtedy dojść można do przysadki po odsunięciu nosa na bok, wypatroszeniu gałki i wycięciu środkowej i częściowo dolnej ściany oczodołu. — Nowotworów złośliwych przysadki usuwać się nie opłaci, bo operacya jest za ciężka i niebezpieczna, by ryzykować życie chorego w najlepszym razie dla chwilowej tylko ulgi. Do operacyi jesteśmy uprawnieni tylko wtedy, jeżeli można wyłączyć nowotwór złośliwy. *Dr Klęsk.*

Prof. Payr. **O operacyjnem leczeniu podpotylicznego próchnienia kręgów** (»*malum suboccipitale*«). *(Deutsche med. Wochs.* Nr 50, 1906). Jakkolwiek zalecone przez Bergmanna zachowawcze leczenie gruźlicy pierwszych kręgów szyjnych jest uzasadnione, jednak spotkać można w tem cierpieniu także postacie, nadające się do leczenia operacyjnego. Należą do nich sprawy jednostronne, ograniczone lub zaczynające się. Operować nie należy w razie zajęcia rdzenia, komunikacyi z gardłem, w razie sprawy rozlanej i gruźlicy w innych narządach. *Klęsk.*

Klapp. **Leczenie skrzywień kręgosłupa pełzaniem.** *(Zeitschr. f. ärzt. Fortbild.* 1906, Nr 23). Klapp poleca to leczenie, gdyż przy pełzaniu gimnastykuje się znakomicie kręgosłup, wykonując silne ruchy boczne i skręcające. K. rozróżnia trzy rodzaje pełzania: 1) pełzanie szybkie swobodne, przyczem kręgosłup wykonywa naprzemian boczne wygięcia, 2) pełzanie wolne forsowne, 3) pełzanie na miejscu, t. j. obracanie się w koło przy ustalonych niejako rękach, przyczem kręgosłup prócz silnego bocznego zgięcia ulega także skręcaniu. Dzieci chętnie pełzają; nie potrzeba do tego leczenia żadnych przyrządów, jedynie kostyumu i odpowiednich ochraniaczy kolan i stóp. *Klęsk.*

Ranzi. **W sprawie operacyjnego leczenia złamań kości.** *(Arch. f. klin. Chir.* T. 80, Z. 3). Operacyjne leczenie złamań kości przechodziło różne koleje. Jedni proponowali operować zawsze, drudzy odrzucali wogóle to leczenie. Do rzędu przeciwników operacyi zaliczyć należy i Bardenheuera, który szczyci się dobrymi wynikami, lecząc zachowawczo tam, gdzie inni chirurdzy operują. Są jednak przypadki, w których operować trzeba koniecznie, np. przy złamaniach rzepki, łokcia, przy źle zrośniętych złamaniach, stawach wrzekomych i t. d., i z takich właśnie przypadków zdaje autor sprawę na mocy doświadczenia 10-letniego w klinice Eiselsberga. Złamań rzepki leczono 21. Jeżeli nie było rozstępu, nie operowano. Operacya nie zawsze zapewnia zrost kostny. Operowano z zasady, gdy wyprostowywanie kolan było zniesione. U chorych starców wstrzymać się należy od operacyi. Szyć najlepiej drutem srebrnym. Szew, leżący w stawie, nie jest szkodliwy. Prócz kości szyć należy i powięzie (katgutem). Wyniki: w 90 prc. dobra sprawność kolana. Przerwanie więzadła własnego rzepki i oderwanie guza goleniowego wymaga także operacyi. Opatrunek ustalający po operacyi pozostawić należy tylko 10 dni, potem zacząć ostrożne ruchy czynne i bierne, od 20. dnia chodzenie w tutorze. Wyniki zeszycia łokcia są wcale dobre, choć zrost nie zawsze kostny. Odświeżanie i szycie źle zrośniętych kości daje wyniki bardzo dobre, podobnież operacya stawów wrzekomych. W przypadkach stawów rzekomych próbować jednak należy najpierw przekrwienia lub wstrzykiwania krwi podług Biera. Ustalenie odłamków odświeżonych wykonać można zapomocą gwoździ z kości słoniowej, klamer, szwu drucianego, zazębienia powierzchni i t. d. W razie ubytków próbowano z dobrym skutkiem przeszczepienia innych kości, a nawet kości ze zwłok. Zdarzają się jednak uporczywe przypadki stawów wrzekomych, w których w końcu nic nie pozostaje prócz odjęcia kończyny. W klinice Eiselsberga operowano 25 stawów wrzekomych z wynikiem wogóle dobrym. *Klęsk.*

Dermatologia.

Stanziale. **Bakterye cewki moczowej w warunkach prawidłowych i w wiewiórze.** *(Centralbl. für Bakt. O.* T. XLII, Nr 1—4). W dawniejszych badaniach flory prawidłowej cewki moczowej znajdowano drobnoustroje, podobne do wiewiórowych, błoniczych, gronkowce itd., brak jednak dostatecznie ścisłego sposobu badania nie dozwalał rozstrzygnąć, z jakich części cewki moczowej pochodzą dane bakterye. Dlatego zbudował autor przyrząd, pozwalający wziąć materyał do badania bakteryologicznego z dowolnej głębokości cewki moczowej, bez zanieczyszczenia bakteryami z innych części cewki. Autor zbadał naprzód cewkę moczową (w 1—5 godzin po oddaniu moczu) u 27 mężczyzn, którzy nie przebywali żadnych chorób cewki. Wyniki były następujące: W głębokości 15 ctm. na 13 badań była cewka 8 razy jałowa, a 5 razy zawierała gronkowce. W głębokości 10 ctm. na 19 badań tylko 4 razy była cewka jałowa, a 15 razy zawierała bakterye. Wreszcie w głębokości 5 ctm. na 26 badań raz tylko była cewka jałowa, (a to w godzinę po oddaniu moczu), a 25 razy zawierała bakterye. Ani razu nie znalazł autor w głębokości 15 lub 10 ctm. takich bakteryi, którychby nie było w głębokości 5 ctm. — Wyhodował wogóle 7 gatunków bakteryi, a mianowicie: 1) ziarenkowca podobnego do dwoinki wiewiórowej 6 razy, 2) gronkowca białego 13 r., 3) paciorkowca 3 r., 4) bardzo małą dwoinkę 2 r., 5) prątki, podobne do prątka okrężnicy 2 r., 6) innego małego prątka 1 r., 7) wreszcie 12 razy bakterye podobne do prątków błonicy. Żaden z tych gatunków nie był dla zwierząt jadowity. Czasem więc znajdowała się w cewce zdrowej mieszanina kilku gatunków, czasem zaś czysta hodowla jednego tylko gatunku. Im dłuższy czas upływał po oddaniu moczu, tem więcej było bakteryi. — Następnie badał autor 26 osób, dotkniętych wiewiórem, i to najpóźniej w 5—6 dni po wystąpieniu pierwszych objawów. U osób tych znalazł mniej więcej te same gatunki bakteryi, co i w cewce zdrowej, z dodatkiem oczywiście dwoinek wiewiórowych. Stąd wnosi, że świeży wiewiór nie wpływa na zmianę flory. W późniejszym okresie choroby znajdowali inni autorowie florę znacznie obfitszą. Z badań tych swoich, uzupełnionych odpowiedniemi doświadczeniami na zwierzętach, wnosi autor, że bakterye, żyjące w cewce moczowej, dostają się tam od zewnątrz przez ujście cewki, tak jak dwoinki wiewiórowe.

Przy sposobności stwierdził też autor, że dwoinki te hodować można i na zwykłym agarze, chociaż to nie zawsze się udaje.

K. Nitsch.

Trautman. **Rumień wielopostaciowy wysiękowy i guzowaty błony śluzowej i jego związek z kiłą.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, 43). Trudność odróżnienia zmian, wywołanych przez tę chorobę w jamie ustnej, nosie i krtani, od zupełnie podobnych zmian kiłowych ma wielkie znaczenie ze względu na leczenie. Ogniska chorobowe na błonach śluzowych pod wpływem działania drobnoustrojów ulegają często maceracyi i rozpadowi i wskutek tego mogą łatwo uchodzić za zmiany kiłowe w różnych jej okresach. O ile możliwem jest, że obok objawów rumienia wielopostaciowego lub guzowatego mogą być równoczesne zmiany kiłowe, o tyle nie można żadną miarą uważać zmian rumieniowych za objawy kiły. Zdaniem autora zakażenie kiłowe, poprzedzające wystąpienie rumienia, może tylko budzić przypuszczenie pośredniego związku między obiema temi chorobami. Mianowicie kiła może osłabiać odporność ustroju i w ten sposób stwarzać pewne usposobienie do rumienia. Autor opisuje 7 przypadków jednej i drugiej postaci rumienia u chorych, którzy przebyli kiłę. Stosowane poprzednio w kilku z tych przypadków leczenie przeciwkiłowe wywołało tylko pogorszenie. Natomiast po podaniu kwasu salicylowego nastąpiło szybkie wyleczenie, co jeszcze więcej stwierdza słuszność rozpoznania.

Stopczański.

Urbanowicz. **Sprawozdanie z prób leczenia trądu promieniami Röntgena.** (*Dermatolog. Zeitschrift* 1906, Zesz. 10). U 9 chorych, z których 6 cierpiało na guzowatą postać trądu, 2 na trąd znieczulający, 1 na postać mieszaną, zastosowano leczenie promieniami Röntgena. U wszystkich chorych w miejscach naświetlanych występował mniej lub więcej znaczny odczyn. Owrzodzenia trądowe po naświetlaniu powiększały się bardzo znacznie i nawet po upływie dłuższego czasu nie było żadnego polepszenia. Skóra podczas naświetlań lekko się łuszczyła, a po pewnym czasie w miejscach naświetlanych powstawały na niej pęcherze. Najlepiej jeszcze działały promienie na zmiany guzkowe, które po naświetlaniu spłaszczały się i znikały. Rozmiękające guzki ulegały rozpadowi i goiły się przez zabliźnienie. Bardzo silne ogólne działanie promieni wystąpiło w dwóch przypadkach w postaci dreszczu, podwyższenia ciepłoty, bolów w miejscach nawet odległych od miejsc naświetlanych. Wogóle promienie Röntgena w przypadkach dalej posuniętych były bezskuteczne. Miejscowe działanie na pojedyncze guzki jest małoznaczne i to samo można osiągnąć, stosując inne sposoby leczenia. *Stopczański.*

Hager. **O leczniczej wartości nowych przetworów jodu.** (Jodypina — Sajodyna — Jodone). (*Heilkunde* 1906, Zesz. 8). Autor, podając od dłuższego czasu powyższe przetwory jodu, starał się wypróbować, czy nie wywierają one ubocznego działania i czy mogą pod względem leczniczym zastąpić dawniej używany jodek potasu. Jodypinę oprócz wstrzykiwań podskórnych stosował autor w postaci proszków i kołaczyków, sporządzanych w ostatnich czasach przez fabrykę Mercka. Jednak tak proszki, jak i kołaczyki jodypinowe mają wstrętny smak i sprawiają dolegliwości żołądkowe. Chcąc osiągnąć odpowiedni wynik, trzeba podawać jodypinę w tej postaci w większej ilości, co znowu zwiększa dolegliwości żołądkowe. Więcej zadowolony był autor z sajodyny, którą podawał w dawkach 1-gramowych 3 razy dziennie po jedzeniu. Badając sajodynę pod względem wessania i wydzielania jodu przekonał się autor, że już w pół godziny po zażyciu jednego grama sajodyny zjawia się jod w moczu, a znika zwykle po 30—48 godzinach. H. sądzi, że stosowanie jodypiny, czy to w postaci wstrzykiwań podskórnych, czy też wewnętrzne, jest tylko wówczas wskazane, jeżeli wogóle leczenie jodowe ma trwać tylko krótki czas, gdyż ani większej ilości podskórnych wstrzykiwań chory nie zniesie, ani też proszków lub kołaczyków jodypiny ze względu na dolegliwości żołądkowe długo podawać nie można. Dlatego też do długiego leczenia jodem najlepiej nadaje się sajodyna. Również podawał autor w wielu przypadkach kiły trzeciorzędnej nowy przetwór francuski jodu, który wprowadził do handlu aptekarz Robin pod nazwą: »Jodone«. Jakkolwiek środek ten nie sprawia żadnych dolegliwości, to jednak ze względu na bardzo niewielką zawartość jodu może być podawany tylko wtedy, jeżeli wskazane jest podawanie małych dawek jodu. *Stopczański.*

Medycyna sądowa.

Molitoris. **Gnicie płuc noworodków.** (*Vjschr. f. g. Med.* T. XXXI, 1906). Na podstawie swych doświadczeń dochodzi M. do następujących wniosków: Twierdzenie niektórych autorów, w ostatnich czasach Ungara, że rozległe gnicie płuc noworodków z obecnością pęcherzy gazów gnilnych pod opłucną dozwala przypuszczać, iż płuca te zawierają powietrze, nie może być uznane za słuszne. W rzeczywistości bowiem nagromadzenie się gazów gnilnych w płucach i pod opłucną, wywołujące zdolność pływania płuc na wodzie, zdarza się także i wówczas, gdy powietrze do płuc ani przez oddychanie, ani też sztucznie wprowadzone nie zostało. Tak więc pod żadnym warunkiem nie może jedynie dodatni wynik próby płucnej, względnie stwierdzenie pęcherzy gazów gnilnych na powierzchni płuc uprawniać do wniosku, że dziecko żyło poza łonem matki. — Tworzenie się gazów gnilnych w płucach jest następstwem obecności w nich drobnoustrojów gnilnych, które drogą naczyń krwionośnych od pępowiny do narządu tego wnikają. Wszędzie, gdzie krew znajduje się w większej ilości, przychodzi prędzej do wytworzenia się gazów gnilnych, które zmniejszają ciężar właściwy danego narządu aż do zdolności pływania na wodzie. Im więcej więc także krwi zawierają naczynia krwionośne płuc, tem szybciej tworzą się gazy gnilne w ich tkance i pod opłucną, co też wywołuje pływanie płuc na wodzie.

Doc. Horoszkiewicz.

Dehmel. **Przyczynek do badań bakteryologicznych krwi zwłok.** (*Inaug. Diss.* 1906, Berlin). Autor badał bakteryologicznie krew z prawego serca 14 zwłok i znalazł w niej gronkowce, paciorkowce, prątka okrężnicy, odmieńca i dwoinki zapalenia płuc. Gdy najdłuższy czas, jaki upłynął od chwili śmierci do podjęcia badania wynosił dni 7, i w żadnym przypadku nie stwierdzono dalej posuniętej zgnilizny, przeto tą okolicznością tłómaczy autor ujemny wynik badań co do beztlenowców. Drobnoustroje znalazł D. we krwi serca we wszystkich badanych przypadkach, w większości przypadków kilka ich gatunków, wśród tych zaś najczęściej gronkowce. Zdaniem autora znajdują się drobnoustroje we krwi serca częścią już za życia, częścią dostają się tam w czasie konania lub po śmierci, przedewszystkiem z przewodu pokarmowego. W jakim czasie następuje to wnikanie drobnoustrojów do narządu krążenia, odpowiedzieć się nie da, tem samem badania bakteryologiczne nie mogą służyć do odpowiedzi na pytanie, jaki czas upłynął od chwili śmierci samego osobnika do chwili sekcyi i podjętego badania bakteryologicznego krwi. *Doc. Horoszkiewicz.*

Reetz. **Dawniejsze i nowsze badania nad otruciem tlenkiem węgla.** (*Inaug. Diss.* 1906, Berlin). Zestawiwszy krótko zapatrywania dawniejsze, przechodzi autor do swych doświadczeń, jakie podjął nad sposobem wykrywania CO we krwi, podanym przez Wachholza i Sieradzkiego. Do badań tych skłoniły R. częścią teoretyczne, częścią na niedokładnie przeprowadzonych doświadczeniach oparte zarzuty, podniesione niedawno przeciw temu sposobowi. Doświadczenia z krwią świeżą, zawierającą CO, jak i z krwią z przypadków otrucia CO, dawniej w zakładzie berlińskim sekcyonowanych, przekonały autora, że sposób Wachholza i Sieradzkiego czyni zadość wszelkim wymaganiom tak pod względem czułości, jak i łatwości wykonania.

Doc. Horoszkiewicz.

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum.

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

(Ciąg dalszy.)

W tym czasie poznał się Leopold z Aurorą Angeliką Rümelin, córką właścicielki trafiki w Gracu i urzędnika wojskowego, późniejszą swą żoną. Wedle Schlichtegrolla była to osoba przewrotna, ale zarazem sprytna, która umiała listami, pisanymi doń w tonie władczyni jego, tak rozbudzić w nim niezaspokojoną dotąd masochistyczną pożądliwość, że przykuła go do siebie, czyniąc zeń męża i ofiarę. Celem tem pewniejszego pozyskania go sobie, zarzuciła swe rodowe nazwisko, a przyjęła imię i nazwisko potwornej bohaterki z jego »Wenus we futrze«, Wandy Dunajew. Schlichtegroll przyznaje jej tylko spryt w ślizkich rozmowach i kokieteryjność, a jeżli Leopold dojrzał w niej i »ducha«, to dlatego, że poczuł do niej nieprzeparty pociąg płciowy, w myśl słów poety Grabbego: »ci ci jest drogiem w kobiecie? czy może dusza gęsi? nie wierzę.... Kochasz mięso, a gdy ono jest ładne, to już w myśli dorabiasz doń duszę«. Ten nowy stosunek, ustalony małżeństwem, stał się, zdaniem Schlichtegrolla,

źródłem zmartwień i udręczeń całego dalszego jego życia, aż do chwili wziętego z Wandą, względnie Aurorą rozwodu. Aurora powiła mu dwoje dzieci, Aleksandra i Dymitra, którzy wraz z córką jego, owocem stosunku z aktorką Clairemont, wychowywali się w jego domu. Przez cały czas pożycia ze swą żoną trwa walka o byt. Honorarya autorskie wpływają nierównomiernie, stąd raz w domu dobrobyt, częściej bieda. Zrazu porzucają Sacher-Masochowie Graz i zamieszkują w Brucku nad Murą, lecz i tutaj pobyt ich staje się wkrótce niemożliwym dzięki pani Sacher-Masochowej, jak podaje Schlichtegroll.

W r. 1877 odwiedza Leopold Lwów, poczem przenosi się z całą rodziną do Pesztu, gdzie stanąwszy na czele pisma: »Blätter für litterarische Unterhaltung« wydaje, lecz nie kończy romans »Syreny i Demony«. W Peszcie miała żona jego, która rozpoczęła tymczasem pod pseudonimem Wandy Dunajew literacką działalność, nawiązać stosunki z dwoma »starymi, bogatymi i obrzydzenie budzącymi« izraelitami. W r. 1881 porzuca Peszt i przenosi się do Lipska, gdzie wydaje pismo literackie »Auf der Höhe« zrazu nakładem Baumgärtnera, następnie Morgensterna, przez którego poznali Sacher-Masochowie Jakóba Rosenthala, występującego w Lipsku pod pseudonimem Armanda, potem w Paryżu pod głośnym pseudonimem Jacquesa St. Cére redaktora »Figara«. Gdy ten nawiązał stosunek z panią Sacher-Masoch, Leopold wsparty przez pannę Huldę Meister, współpracowniczkę w redakcyi, opuścił swą żonę, zabrawszy starszego syna Aleksandra ze sobą. Dzięki wpływom brata swego Karola i Huldy Meister pogodził się jeszcze ze żoną i w tym czasie obchodził w Lipsku r. 1883 dwudziestopięciolecie swej literackiej pracy. Wkrótce potem następuje ponowny rozdział ze żoną, która odtąd dzieli los wspólnie z Armandem[21]) aż do r. 1888, aby być zastąpioną przez Annę Kalisch, wiarołomną żonę Pawła Lindaua. Po ostatecznem rozejściu się ze żoną, po stracie ukochanego syna Aleksandra, po upadku wreszcie pisma »Auf der Höhe« osiada skołatany przejściami Sacher-Masoch na wsi Lindheim w wielkiem księstwie heskiem w towarzystwie Huldy Meister, z którą wreszcie po przeprowadzeniu rozwodu z pierwszą swą żoną, wstępuje w związki małżeńskie. Odtąd zaczynają się dlań lata spokoju i cichego pożycia, zakłócane zrazu listami pierwszej żony, która — jak twierdzi Schlichtegroll — groziła mu publicznem ogłoszeniem jego pożądliwości i zachcianek płciowych. W odpowiedzi na groźby te zaznacza Sacher-Masoch, że fantazye jego nie byłyby się nigdy wyłoniły, gdyby ich ona była nie obudziła i nie podtrzymywała; nie zaznał ich nigdy przed pożyciem z nią i obecnie ich już przy boku kochającej drugiej żony nie doznaje.

W tym nowym okresie życia ogłasza nadal nowelle, przejęte zasadami Tołstojowskiego komunizmu. W romansie »Entre nous«, stanowiącym jak ongi »Rozwódka« spowiedź z ostatniej epoki życia, kreśli urok sielskiego pożycia damy z wielkiego świata, która po smutnem rozczarowaniu pierwszej młodości znajduje prawdziwe szczęście przy boku uczciwego, a szanującego ją człowieka. Pod postacią damy ukrywa swoją osobę.

Niedługo cieszy się w gronie nowej swej rodziny, żony i trojga dzieci szczęściem i spokojem, gdyż umiera 9. marca 1895 z powodu »choroby umysłowej«, jak twierdzi jego biograf Schlichtegrol, który ostatecznie przyznaje, że Sacher-Masoch był usposobienia nawskróś zmysłowego, lecz dodaje, że musiał być tak zmysłowym, jako umysł twórczy, a czy ten popęd do zmysłowości przebijał się w kierunku hetero- lub homoseksualnym, czy wreszcie algofilicznym, nie może mieć wpływu na wartość stworzonych dzieł. (C. d. n.)

[21]) Jakób Rosenthal czyli Jacques St. Cére, wpływowy redaktor »Figara«, skończył swą karyerę w roku 1888, aresztowany z powodu sprawy Lebaudy.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie emerytury lekarzy okręgowych galicyjskich uchwaliła Izba lekarska lwowska przedstawić Wydziałowi krajowemu memoryał według referatu dra Mikołajskiego, podając zasady, na których powinien się opierać fundusz pensyjny: Prawo do emerytury daje 10 lat nieprzerwanej służby, do której wlicza się także służba prowizoryczna na posadzie okręgowej i służba szpitalna na posadzie płatnej, a przed upływem 10 lat niezdolność do pracy, nabyta przy lub wskutek wykonywania służby. Prawo do pensyi wdowiej i sierocych (do ukończenia 24 r. ż.) daje rodzinie lekarza jego służba 5-letnia, a przed upływem lat 5 śmierć wskutek nadwerężenia zdrowia przy wykonywaniu służby. Za pierwsze 10 lat służby przypada emerytura 40 prc. ostatniej płacy z wliczeniem ryczałtu na podróże i dodatków pięcioletnich; za każdy następny rok dolicza się 3 prc. tej płacy, tak że po 30 latach służby przypada pełna emerytura. Lekarze, uwolnieni ze służby przed upływem lat 10 z powodu niezdolności do pracy, nie będącej w związku z nadwerężeniem zdrowia w służbie, mają prawo do jednorazowej odprawy w wysokości pensyi rocznej. Pensya wdowia wynosi 50 prc., sieroca 10 prc. (20 prc., jeżeli zmarli oboje rodzice) ostatniej płacy lekarza (z wliczeniem ryczałtów i dodatków). Rodzina zmarłego lekarza ma prawo do »kwartału pozgonnego« (25 prc. płacy). Do funduszu pensyjnego przyczyniać się mają w równej mierze lekarze (najmniej 3 prc. płacy, lekarze okręgowi oświadczają jednak gotowość do większych wkładek, w razie potrzeby aż do 4½ prc.), Wydziały powiatowe i fundusz krajowy. Do pewnego terminu będą mieć lekarze, obecnie już zajmujący posady okręgowe, nabyć praw do emerytury, spłacając wkładki za lata, ubiegłe przed wejściem w życie funduszu pensyjnego. — Rozstrzygnięcie, czy obecnie ma być załatwiona także sprawa emerytur lekarzy gminnych, pozostawia Izba Wydziałowi krajowemu. (*Głos lek.* 2). *R.*

Udział Izb lekarskich galicyjskich w Towarzystwie lekarzy galic. poruszył dr Mikołajski na posiedzeniu Izby lwowskiej 8 b. m. Projekt ten zasługuje na uwagę. Wywołała go okoliczność, że Izby rozporządzają stosunkowo bardzo małemi kwotami na zapomogi dla lekarzy, ich wdów i sierot. I tak np. dochody Izby lwowskiej na r. 1907 przewidywane są tylko na 8945 K., w czem mieszczą się już odsetki od kapitałów (1500 K.), oraz zasiłek ze związku Towarzystw lek. austr. (2245 K.). Z tego na zapomogi może Izba wydać tylko 3045 K. Dr Mikołajski proponuje podwyższyć opłatę do Izb rocznie o 6 K., które Izby za swoich członków przekazywałyby Towarzystwu lek. gal., w zamian za to uzyskując dla nich prawo korzystania z funduszów Towarzystwa. Według obliczenia wnioskodawcy możnaby wtedy rozporządzać kwotą 17.000 K. rocznie na zapomogi i pensye wdów (na całą Galicyę). Członkowie dotychczasowi Towarzystwa lek. galic. nie opłacaliby rocznie więcej, niż dotąd, bo wkładkę ich do Towarzystwa możnaby obniżyć o owe 6 koron, opłacanych za pośrednictwem Izby. Zwiększenie opłat o 6 K. zaciężyłoby tylko na tych lekarzach, którzy do Towarzystwa nie należą, a właśnie troska o wdowy i sieroty po takich lekarzach spada dotąd na Izby. *R.*

Utworzenie Towarzystwa zaliczkowego lekarzy proponuje dr Porajewski (*Głos lek.* 2), poddając tę myśl pod rozwagę Wydziału »Samopomocy«. Zyski z takiej instytucyi finansowej możnaby obracać na zapomogi dla wdów i sierot, na budowę domów udziałowych dla lekarzy prowincyonalnych i t. d. Wnioskodawca sądzi, że Towarzystwo takie wśród lekarzy ma wszelkie warunki powodzenia, bo młody lekarz z reguły musi pożyczać, niektórzy starsi z reguły lokują pieniądze. *R.*

Lekarze pomocniczy szpitali krajowych w Krakowie i we Lwowie postanowili zwrócić się do Wydziału krajowego o poprawę bytu; według wypracowanego memoryału miałaby płaca roczna sekundaryusza I klasy wynosić 1800 koron, sekundaryusza II klasy 1500 koron, starszego praktykanta 1000 K., a młodszego, jak dotąd, 600 K.; każdemu lekarzowi przysługiwałoby prawo do corocznego 4-tygodniowego urlopu, sekundaryuszom remuneracye za zastępstwo prymaryuszy w czasie ich urlopu i pierwszeństwo przy obsadzaniu posad autonomicznych; wreszcie powinnaby być liczba posad sekundaryuszy i płatnych praktykantów odpowiednio pomnożoną (np. w Krakowie o 2 sekundaryuszy, po jednym na oddziale zakaźnym i chirurgicznym). Gdyby regulacya płac i unormowanie stosunków nie zostały przez Sejm na sesyi tegorocznej załatwione, w takim razie byliby lekarze pomocniczy zmuszeni ze swych stanowisk ustąpić, gdyż dalsza ich praca w obecnych warunkach jest niemożliwą. W sprawie tej wysyłają lekarze szpitala św. Łazarza do Wydziału krajowego delegacyę, złożoną z drów Murczyńskiego i Kwiatkowskiego. *R.*

Podwyższenie honoraryów lekarskich o 50 prc. postanowił zaproponować Wydział Izby lek. dolnoaustryackiej nietylko w swym okręgu, ale także i innym Izbom lekarskim w Austryi.

Koło lekarzy fabrycznych w Łodzi uchwaliło warunki, pod jakiemi ma być udzielana pomoc lekarska robotnikom fa-

brycznym. Pomoc ta powinna obejmować jaknajdostępniejszą poradę lekarzy-internistów w ambulatoryach i mieszkaniach, pomoc felczerską, poradę specyalistów, dostarczenie lekarstw, wód mineralnych, opatrunków i przyrządów (okularów, pasów, kul itd.), leczenie w szpitalu, kąpiele lecznicze i pomoc ginekologiczno-położniczą. Minimalne wynagrodzenie lekarza fabrycznego wynosić ma za każdego robotnika 1 rb. rocznie i za każde odwiedzenie ambulatoryum fabrycznego 2 rb. (np. w fabryce o 300 robotnikach i 2 ambulatoryach tygodniowo otrzymać ma lekarz $300 \times 1 + 100 \times 2 = 500$ rb. rocznie); gdzie niema ambulatoryum fabrycznego — za każdego robotnika 2 rb. rocznie. Za leczenie rodzin robotników: przy umowie rocznej przynajmniej po 1,50 rb. za rodzinę każdego robotnika, w innych wypadkach najmniej 0,50 rb. za każdą poradę w ambulatoryum, 1 rb. i koszt przejazdu za poradę w domu chorego (w obrębie miasta, 2 rb. na przedmieściach). *R.*

Sprawę pomocy lekarskiej dla ludu wiejskiego w Królestwie porusza także warszawska prasa codzienna, »Kuryer warszawski« (Nr 22) podaje myśl, aby tymczasem, nie czekając na urządzenia autonomiczne, zorganizować dojazdy lekarskie na wieś. Porady byłyby bezpłatne, natomiast lekarz dojeżdżający sam wydawałby leki po cenie nieco wyższej od własnych kosztów, bo lud za poradę płaci niechętnie, ale na leki nie żałuje. Zysk na lekach stanowiłby honoraryum lekarza, które jednak w pierwszym roku powinien zagwarantować organizator dojazdów do danej wsi i w roku tym przygotować się na straty; natomiast po roku lub dwóch, gdy lud przekona się o wartości pomocy lekarskiej, gminy nie uchylą się od stałych zasiłków dla lekarzy. *R.*

Wykazy statystyczne chorób, używane w szpitalach galicyjskich, krytykuje dosadnie jako przestarzałe i pozbawione wszelkiego systemu dr Salpeter z Podhajec (*Tyg. lek.* 3), podając schemat własnego pomysłu.

Zakaz dopuszczenia syropu „Rami“, natarczywie reklamowanego, do ogólnego obrotu w aptekach, wydało ponownie austr. ministerstwo spraw wewn. (22/XII. 1906, L. 31.142), ponieważ przetwór ten zawiera wyciąg tojadu (*aconitum*) o niestałym składzie, a jak wiadomo bardzo niebezpieczny (Ok. Nam. 29/XII. 1906, L. 171.612/06). *R.*

Opusty za lekarstwa, wydawane na rachunek funduszów i zakładów, wymienionych w austr. normie ordynacyjnej, wynosić mają według rozporządzenia ministerstwa spr. w. z 10/XII. 1906, D. p. p. Nr 235, w aptekach publicznych 50 prc. za roboty recepturowe, a 20 prc. ceny za materyały, w aptekach zaś domowych (lekarzy i chirurgów) 50 prc. za roboty recepturowe. Namiestnictwo galicyjskie nakazało (4/I. 1907, L. 1501/VI B.) wszystkim aptekom do przepisów tych natychmiast się zastosować. Lekarze, delegowani do tłumienia chorób nagminnych, mają obowiązek zapisywać leki na arkuszu, zostawiając wolny (5 ctm.) brzeg dla umieszczenia taksy przez aptekarza i dla jej sprawdzenia przez retaksatora. *R.*

Felczerzy w Rosyi przedstawili władzom następujące żądania: 1) dopuszczenie przedstawicieli zgromadzeń felczerskich do miejskich i ziemskich rad zdrowia, 2) obowiązkowe ubezpieczenie państwowe felczerów na przypadek choroby, niezdolności do pracy i śmierci, 3) prawo zapisywania nawet silniej działających środków, stosowania surowic i wykonywania samodzielnych operacyi w zakresie t. zw. małej chirurgii, 4) prawo zapisywania się na Wydziały lekarskie po zdaniu egzaminu »sprawdzającego« z niektórych przedmiotów. Dla rozważenia tych żądań utworzono w Radzie lekarskiej osobną komisyę. (*Kurj. w.* 15).

Nową ustawę zdrojową na zasadzie obrad zwołanej przez siebie w maju r. z. ankiety balneologicznej opracował Wydział krajowy galicyjski i przedłoży ją Sejmowi w r. b. Według projektu ustawy ma mieć każde zdrojowisko lub uzdrowisko osobny swój, do miejscowych stosunków zastosowany statut, wydany przez Wydział krajowy w porozumieniu z Namiestnictwem. Statut ten określa granice terytoryalne i ustanawia organizacyę zakładu, w której głównymi czynnikami są: komisya zdrojowa, zarząd zakładu i lekarz zdrojowy. Komisyą zdrojową kieruje przewodniczący, mianowany przez Namiestnictwo z grona jej członków; wiceprezesa, sekretarza i skarbnika wybiera sama komisya. Komisya zawiaduje funduszem kuracyjnym, (powstającym z taks zdrojowych, opłat od przedsiębiorstw i widowisk, opłat za używanie urządzeń, utrzymywanych z funduszu kur., grzywien i t. d.), pobiera wszelakie taksy w wysokości, oznaczonej przez Wydział kraj. w porozumieniu z Namiestnictwem, ma prawo też od nich uwalniać i czynić wnioski co do ich wysokości, jak i co do regulaminu najmu mieszkań, ich cen, przepisów kąpielowych i stosunków sanitarnych. Preliminarz swego budżetu i rachunki doroczne przedkładać musi komisya Wydziałowi krajowemu; w razie nieodpowiedniego zarządzania funduszami oddany on zostanie komisarzowi, ustanowionemu przez Wydział kraj. w porozumieniu z Namiestnictwem. Od uchwał i zarządzeń komisyi istnieje odwołanie do Wydziału krajowego. Lekarz zdrojowy, podległy instrukcyi, wydanej przez Namiestnictwo, jest członkiem komisyi zdrojowej i zawiaduje sprawami sanitarnemi zakładu. Wreszcie zawiera projekt nowej ustawy przepisy o ochronnym okręgu zdrojów. *R.*

Zwalczanie jaglicy w Galicyi rozpoczynają rządowe władze sanitarne na wielką skalę, przychylając się do wniosku krajowej Rady zdrowia. Namiestnictwo zarządziło (Ok. z 1/I. 1907, L. 151.709 VI b.) przedewszystkiem zestawienie możliwie dokładnej statystyki jaglicy w kraju. Na zasadzie odpowiednich badań wstępnych sprawdzą lekarze urzędowi (powiatowi, okręgowi i gminni) z ramienia władz politycznych, a na koszt rządu (z funduszów, przeznaczonych na zwalczanie epidemii), osobiście stan jaglicy w tych miejscowościach, w których okaże się potrzeba szczegółowych poszukiwań. W dniu przyjazdu lekarza delegowanego zgromadzą władze gminne wszystkich chorych na oczy celem dokładnego badania, a w miarę potrzeby badać będzie lekarz także wszystkich mieszkańców poszczególnych zagród, jeżeli u jednego z nich stwierdzi jaglicę w okresie zaraźliwym, a nawet całą wieś od chaty do chaty. Namiestnictwo »sądzi, że nie potrzebuje zwracać uwagi lekarzy delegowanych, jak wiele zależy od ścisłości i sumienności w przeprowadzeniu tych badań i że wpłynąć one mogą w znacznej mierze na powodzenie całej akcyi«. Sprawozdania z tych badań na odpowiednich (bardzo dokładnie ułożonych) drukach, zgromadzone przez lekarzy powiatowych, posłużą im do zestawienia ogólnych sprawozdań z każdego powiatu i wypracowania szczegółowego planu zwalczania jaglicy w powiecie. W planie tym wskazanem będzie, czy do powiatu ma być wysłany okulista, czy i komu z lekarzy miejscowych można powierzyć leczenie jaglicy, czy należy eksponować osobnych lekarzy w pewnych miejscowościach, urządzić ambulatorya i t. d. *R.*

O kąpiele dla uczniów szkół początkowych dba troskliwie warszawskie Towarzystwo Dobroczynności. Oprócz dawniej urządzonych 11 kąpielisk przybyło świeżo (za staraniem drów Kurtza i Kopczyńskiego) 3 (w fabrykach i w szkole handlowej). Obecnie z 14 kąpielisk korzysta 188 szkół, a 9400 dzieci; brak jeszcze kąpielisk dla 24 szkół, a 1200 dzieci. (*K. w.* 16). *R.*

Wykłady higieny szkolnej i wychowawczej dla nauczycieli urządzone będą poraz pierwszy w sposób systematyczny w Warszawie. Prowadzić je będzie dr Wernic, redaktor »Zdrowia«.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 13. do 19. stycznia 1907 doniesiono o 16 nowych przypadkach duru plamistego w 8 gminach, a mianowicie w mieście Lwowie 1 (chora przybyła z gminy podmiejskiej lwowskiej), pow. Bohorodczany (Sołotwina 3, Bohorodczany 1), Kamionka (Chołojów 3, Sielec 4, Nowosiółki liskie 1), Rawa (Biała 1), Brzeżany (Kozłów 2); oraz o 1 przypadku ospy w m. Brodach (zachorował kupiec, który odbywał częste podróże do Radziwiłowa w Rosyi). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 13. do 19. I. 1907 przypadków: błonicy 2 (w tem obcy 1), krztuśca 1, płonicy 9 † 4 (1 † 1), odry 34 † 1 (1), duru osutkowego 1 (1), nagminnego zapalenia opon 1. *L.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 13. do 19. stycznia 1907 urodziło się dzieci żywo 52, nieżywo 4; zmarło osób 52 (obcych 26), z tego z gruźlicy 8 (5), zapalenia płuc 8 (3), błonicy 2 (2), płonicy 1 (1), duru brzusznego 1 (1), śmiercią gwałtowną — (—).

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Jedną ze spraw, które zasługiwałyby na rozpatrzenie na X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich, jest pomysł, zakomunikowany nam przez dra Heliodora Święcickiego z Poznania, nawiązania ściślejszych stosunków między naszemi Towarzystwami lekarskiemi przez doroczne wzajemne wysyłanie delegatów. Bezpośrednie osobiste zbliżenie się członków różnych Towarzystw

byłoby silnym między niemi łącznikiem. Przybycie delegata byłoby sposobnością do wspólnego omówienia spraw, będących na dobie, a tyczących się wszystkich lekarzy polskich i podtrzymywałoby żywsze wzajemne zajmowanie się sobą. Przy takiem urządzeniu, gdyby istniało dawniej, możebyśmy nie musieli z uczuciem przykrości i wstydu czytać w sprawozdaniu komitetu warszawskiego, wspierającego rodziny lekarzy, powołanych na wojnę rosyjsko-japońską, że »koledzy galicyjscy nie wzięli w tej akcyi żadnego żywszego udziału«. — »Dzisiaj — pisze nam dr Święcicki — choć mamy wiele spraw i zadań wspólnych, chodzimy luzem. Łączność nasza na Zjazdach trwa tak długo, dopóki trwa Zjazd, a potem idziemy znów w rozsypkę«. Skoro zdobyliśmy się na praktyczny pomysł stałej Delegacyi, utrzymującej ciągłość między Zjazdami, byłby może czas rozważyć, czy nie dałoby się utworzyć ogólnego Związku naszych Towarzystw lekarskich, gdyby zaś na to było za wcześnie, to pomysł dr Święcickiego, by przynajmniej przez wysyłanie delegatów wzajemnie się zbliżyć, wydaje się nam godnym uwagi. Dr Święcicki między innemi rzuca myśl utworzenia przy pomocy owych delegatów, wspólnej kasy dla wdów i sierót po lekarzach. Podobnych spraw jest więcej; godziłoby się rozważyć, czy i które z nich są wykonalne, bo że podjęcie niektórych zadań wspólnemi siłami zapewniłoby wielką korzyść, chyba wątpliwości nie ulega. *C.*

Sekcya społeczno-lekarska. Prace przygotowawcze oparto na programie, przedstawionym przez dra Mikołajskiego na zebraniu w d. 29. XII. 1906, z którego szczegółowe sprawozdanie podaje »Głos lekarzy« (Nr 2). Jedno posiedzenie sekcyi będzie poświęcone etyce lekarskiej, drugie sprawom ekonomicznym, trzecie sprawom organizacyjnym stanu lekarskiego; tematy dla tych posiedzeń ustanowi Wydział Izby lekarskiej lwowskiej. Na pierwszem posiedzeniu omawiany będzie prawdopodobnie także wniosek prof. Szpilmana o prasie lekarskiej, na drugie postanowiono uprosić prof. Jordana o przedstawienie położenia materyalnego i stanowiska społecznego lekarzy w Galicyi, na trzecie zgłosił już dr Festenburg sprawozdanie z organizacyi i działalności Izb lekarskich galicyjskich.

W dniu 22. b. m. naradzało się w Krakowie pod przewodnictwem prof. Jakubowskiego liczne grono pedyatrów co do prac w sekcyi pedyatrycznej Zjazdu.

Warszawski komisarz zjazdowej wystawy przyrodniczo-lekarskiej i higienicznej, dr Kurtz (Warszawa, Sienna 22) zjednał sobie współudział kilkudziesięciu osób, lekarzy i przyrodników, które obejmą kierownictwo prac przygotowawczych w poszczególnych działach. (»Medycyna« 2).

Zjazdowa wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna powinna odźwierciedlić nasz dorobek krajowy na polu sanitarnem i higienicznem, a przez zgromadzenie należytych wzorów może wielce przyczynić się do rozpowszechnienia dobrych urządzeń higienicznych i przez to do poprawy istniejących stosunków sanitarnych. Tymi względami kierując się, wydało Namiestnictwo galicyjskie do władz politycznych okólnik (z 31/XII. 1906, L. 168.381, VI/b), w którym gorąco zachęca do udziału w wystawie, zaznaczając, iż pożądanem jest, aby każdy powiat wedle sił swoich w niej uczestniczył. *R.*

Komitet wystawy zjazdowej rozesłał już prospekty wystawy wraz z odpowiedniemi drukami po całej Polsce wszystkim, których wystawa ta może interesować, lub którzy mogliby wziąć w niej udział. — Jeżeliby ktoś jednak został przypadkiem pominięty, zechce się zgłosić ustnie lub pisemnie po druki wystawowe wprost do dyrektora wystawy dra Kaliksta Krzyżanowskiego (Lwów, Namiestnictwo).

Staraniem komitetu wystawy zjazdowej wyjdzie bogaty katalog informacyjny wraz z przewodnikiem po wystawie, który będzie bezpłatnie rozdany uczestnikom Zjazdu, a po bardzo nizkiej cenie sprzedawany publiczności, zwiedzającej wystawę. Komitet uprasza wszystkich, zamierzających w katalogu tym umieścić swe ogłoszenia reklamowe, by po informacye w tym względzie zwracali się wprost do dyrektora wystawy dra K. Krzyżanowskiego (Lwów, Namiestnictwo).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 23. I. 1907 posiedzenie, na którem wybrano członkiem honorowym Towarzystwa dra Heliodora Święcickiego z Poznania, poczem 1) prym. dr Bogdanik przedstawił *a)* przypadek równoczesnego wysięku surowiczego i ropnego, z osobna otorbionych, w tejsamej jamie opłucnej; *b)* przypadek postrzału jedną kulą w oba ramiona i brodę, wskutek przypadkowo sprzyjającego takiemu zranieniu ułożenia ciała; 2) dr Brzeski przedstawił płód 7-miesięczny, przyrosły główką do łożyska; 3) prof. Rosner przedstawił chorą po doszczętnej operacyi raka macicy sposobem Wertheim-Mackenrodta; 4) dr Rapoport wyłożył rzecz »O bezmoczu«. W dyskusyi przemawiał dr Klęsk.

— Doroczne posiedzenie administracyjne sekcyi wadowickiej Towarz. lek. galic., zwołane do Białej na 26. b. m., obejmuje: Sprawozdanie Biura sekcyi ze stanu i czynności sekcyi w r. 1906, wnioski i wybory.

— Otrzymaliśmy sprawozdanie powiatowego szpitala w Buczaczu za rok 1906. Szpital, założony ze składek w r. 1882, liczy 15 łóżek (z tych 3 w domu izolacyjnym) i posiada oprócz budynków i inwentarza około 30,000 K majątku. Kierownikiem szpitala jest r. c. dr Krzyżanowski. Od założenia do końca roku 1906 leczył ten szpital 2908 chorych. Ogłaszając sprawozdanie, dał szpital buczacki przykład, godny naśladowania.

— »Towarzystwo ku wspieraniu ubogiej chorej uczącej się młodzieży żydowskiej galicyjskich szkół średnich i wyższych p. n. Nadzieja« ogłosiło wzorowo ułożone sprawozdanie za pierwszy rok działalności (1906). Towarzystwo to, mające na celu budowę i utrzymanie sanatoryum przeciwgruźliczego w Szczawnicy, wynajęło tymczasowo odpowiednią na zakład willę o 6 pokojach. W zakładzie leczyło się w r. z. 15 chorych młodzieńców (w wieku 14—25 lat), z których u 8 osiągnięto bezwzględną poprawę, u 5 względną, u 2 stan nie zmienił się. Prezesem Towarzystwa i lekarzem zakładu był dr R. Hammerschlag. Dochody i rozchody w r. 1906 wynosiły po 4,897·25 K.

— Towarzystwo ratunkowe krakowskie interweniowało w r. 1906 ogółem w 3,844 przypadkach. Z tego było 49 zamachów samobójczych (15 postrzałów, 25 otruć — najczęściej — 14 razy — fosforem).

Lwów. Do zarządu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego na rok 1907 wybrani zostali na posiedzeniu w d. 18. I. 1907: prezesem prof. A. Gluziński, wiceprezesem dyr. J. Starzewski, sekretarzem dorocznym dr W. Ziembicki, sekretarzem stałym doc. Herman, gospodarzem dr E. Festenburg; delegatami na Walne Zgromadzenie: prof. Gluziński, doc. Herman, dr Stachiewicz, Tatarczuch, prof. Machek, dr Ruff, Krzyszkowski, Świątkiewicz, Jasiński, Obtułowicz, doc. Rencki; zastępcami delegatów: dr Grek, Chomin, Nowicki, Reis, Reichenstein, Czyżewicz (jun.), Bocheński; delegatami do redakcyi »Tygodnika lekarskiego» dr Ruff i W. Ziembicki. Na temże posiedzeniu przyjęto sprawozdanie Zarządu za rok 1906.

— Na posiedzeniu Rady Zawiadowczej Tow. lek. galicyjskich dnia 15. stycznia 1907 uchwalono wydzierżawić folwark Morszyn wraz z domem »pod Różą« dotychczasowemu dzierżawcy na dalsze lata. 11 wdowom po lekarzach przyznano zapomogę na rok bieżący w łącznej kwocie 1,760 K; 8 wdowom i sierotom po lekarzach, którzy nie byli członkami Towarzystwa, udzielono zapomóg z funduszu dra Gilewskiego w sumie 630 K; — razem 2,390 K. Oprócz tego powzięto uchwały w sprawie odpisania wątpliwych zaległości członków Towarzystwa, w sprawie wydzierżawienia domu i ogrodu obok zakładu morszyńskiego, w sprawie podwyższenia płacy leśniczemu w Morszynie i udzielenia zapomóg służbie.

Warszawa. Dr Franciszek Neugebauer, wybitny ginekolog warszawski, obchodził w grudniu r. z. dwudziestopięciolecie doktoratu. Zasługi naukowe Jubilata są powszechnie znane. Łącząc bezprzykładną erudycyę i pracowitość z wielkim talentem spostrzegawczym i pisarskim, ogłosił Jubilat dotychczas przeszło 300 prac naukowych, wśród nich niemało bardzo cennych, które wsławiły nazwisko Jego nietylko u nas, ale szeroko i zagranicą, zwłaszcza w Niemczech. »Gazeta lekarska« (Nr 1), donosząc o jubileuszu, podnosi także wielkie zasługi dydaktyczne dr Neugebauera, jako kierownika oddziału, który za jego powstał staraniem i wielu dzielnych specyalistów wykształcił. Do składanych Jubilatowi wyrazów uznania i życzeń, przyłączamy się z całego serca.

— Nowa redakcya »Gazety lekarskiej« zaznacza w odezwie do czytelników w Nr 1 b. r., że i nadal kłaść będzie »Gazeta« główny nacisk na stronę naukową, jednakże obok tego otworzy szeroko swe łamy dla spraw higieny i medycyny społecznej i dla spraw zawodu lekarskiego. W tymże numerze obok portretu i życiorysu ustępującego Redaktora, zasłużonego dra Gajkiewicza, znajdujemy wiadomość, że współwłaściciele pisma wybrali

go 17. XII. 1906 członkiem honorowym »Gazety«. Do tego numeru »Gazety« dołączono »Sprawozdania z posiedzeń sekcyi chirurgicznej przy warszawskiem Towarzystwie lekarskiem«.

— Redakcyę »Wiadomości farmaceutycznych« objął po ustąpieniu p. J. Kuśmierskiego, który ją prowadził przez lat 12, dr A. S. Weil.

— Sekcya ginekologiczna Towarzystwa lekar. warsz. wybrała na r. b. prezesem swym dra Fr. Neugebauera, wiceprezesami dra Jaworskiego i Karczewskiego, sekretarzem Cykowskiego.

— Sekcya laryngo-otyatryczna warszawskiego Towarzystwa lek. odbywać będzie swe posiedzenia w ostatni czwartek każdego miesiąca. Informacyi udziela sekretarz sekcyi dr Erbrich (Mazowiecka 6).

— Z zapomogi kasy im. Mianowskiego wydane zostało dwutomowe dzieło dra Zygmunta Kramsztyka p. t. »Objawy kliniczne chorób oczu«.

— Dyrektorem instytutu im. bar. Lanvala wybrany został dr Paderewski z Dąbrowy górniczej.

— Uwolniono z więzienia w Warszawie drdr J. Bańkowskiego, M. Kwaśniewskiego, L. Falskiego i Łuczyńskiego.

— Dostawcy szpitali warszawskich odmówili dalszych dostaw, póki nie będą im zapłacone zaległe należności. Wobec tego magistrat m. Warszawy postanowił pożyczyć szpitalom 175,000 rbs. z funduszów miejskich, spodziewając się, że szpitale i tak wkrótce przejdą pod zarząd miasta.

— Schronisko dla umysłowo chorych w Drewnicy, stworzone w r. 1903 z ofiar dobroczynnych za staraniem głównie dra K. Rychlińskiego, opiekowało się w r. 1904 — 46 chorymi, w 1904 — 108, a w 1906 (kosztem 18,170 rb.) — 147. Obecnie z powodu ogólnego zastoju przebywa ono ciężkie przesilenie. Liczba członków Towarzystwa, utrzymującego schronisko, spadła z 500 na 280; 74 chorych czeka na przyjęcie, a wielu musiano odmówić. Zakład w Drewnicy pierwszy w kraju odrzucił wszelkie krępujące chorych środki i wprowadził »system drzwi otwartych«.

— Za staraniem lekarzy podjęta nauka czytania i pisania dla służby szpitalnej musiała być przerwaną.... z nakazu władz.

Z różnych stron. IV Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich uchwaliła delegacya zjazdów zwołać na r. 1908 do Pragi. Delegacyę składają profesorowie: Hlava, Maixner, Vrba, Němec, Domalip i doc. Kheil (»Čas. lek. č.« 3).

— »Časopis lekaruv českych« (Nr 3) porusza sprawę zmiany w sposobie pracy »Towarzystwa lekarzy czeskich«; chodzi o to, aby zamiast posiedzeń ogólnych, zaprowadzić posiedzenia, urządzane kolejno przez 4 grupy, na któreby się w tym celu Towarzystwo podzieliło. Jedną grupę stanowiłyby nauki t. zw. teoretyczne, drugą medycyna wewnętrzna, pedyatrya, psychiatrya, dermatologia i t. d., trzecią chirurgia, ginekologia, okulistyka i t. d., czwartą sprawy społeczno-lekarskie. U nas odczuwano widocznie potrzebę podobnej reorganizacyi, skoro np. w Towarzystwie lek. warszawskiem utworzyła się już dawniej osobna sekcya chirurgiczna i ginekologiczna, za którą poszedł cały szereg innych, a w krakowskiem higieniczna. Wartoby rozważyć, czy i dalej idąca reorganizacya bądź na wzór czeski, bądź w innej formie, nie byłaby u nas na czasie.

— Zjazd francuskich lekarzy-praktyków głównie w sprawach zawodowych odbędzie się w kwietniu b. r.

— Odnawianie dyplomów w 50-tą rocznicę doktoratu ma być podobno ograniczone w przyszłości w Austryi do tych tylko jubilatów, którzy odznaczyli się na polu naukowem. Przeciwko temu ograniczeniu protestuje »Wiener allg. med. Ztg.« (Nr 3), z której pogłoskę tę czerpiemy.

— Olbrzymia fundacya Nat. bar. Rothschilda (20 milionów koron), z której odsetków mają być budowane zakłady dla nerwowo chorych (z wyłączeniem obłąkanych i nieuleczalnych), wejdzie wkrótce w życie. Zarząd fundacyi ma w tym celu zakupić grunta w okolicy Wiednia.

— Abituryenci szkół realnych mają być w Niemczech już wkrótce dopuszczani do studyów lekarskich, o ile złożą uzupełniający egzamin z łaciny.

— Nagroda im. Parkesa z fundacyi dra Webera w Londynie (3,150 marek i 2 medale srebrne) rozdaną będzie w roku 1909 za najlepszą pracę na temat: »Wartość produktów bakteryi dla zapobiegania lub leczenia zmian gruźliczych, szczególnie gruźlicy płuc u ludzi«. Termin konkursu do maja 1909. Wyjaśnień udziela E. Liveing, Registrar R. C. of Ph. (London S. W. Pall Mall East).

— Z nowym rokiem weszła w Anglii w życie ustawa, nazwana »Prevention of Corruption Act«, a karząca wszelkie rodzaje przekupstwa, między innymi: branie lub dawanie prowizyi za polecenie chorych, dawanie napiwków służbie hotelowej za przysyłanie pacyentów, oddawanie części honoraryum przez chirurga lekarzowi, który go do operacyi wezwał (częste we Francyi) i t. d. Przydałaby się taka ustawa i na kontynencie europejskim.

Mianowani: doc. Lameris profesorem chirurgii w Utrechcie (na miejsce Naratha); dr E. Taylor profesorem chirurgii w Dublinie;

dr Emil Bobrowski naczelnym lekarzem powiatowej Kasy chorych w Podgórzu.

Zmarli: w Paryżu w 68 r. ż. okulista dr Emil Javal, który straciwszy przed 15 laty wzrok, ogłosił potem z własnych wrażeń głośne dzieło »Entre aveugles«.

Redakcya otrzymała: Karliński: W sprawie seroterapii czerwonki. »Now. lek.« 1906. — Krajewski: Przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego. »Medyc.« 1906. — Z. Kramsztyk: Objawy kliniczne chorób oczu. Warszawa 1907. T. I i II. Cena rb. 4.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie sekcyi higieny wieku niemowlęcego odbędzie się we środę d. 30. stycznia 1907 w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4) o godz. 6 wieczorem. Na porządku dziennym: Program prac sekcyi.

Posiedzenie sekcyi higieny szkolnej odbędzie się we czwartek d. 31. stycznia 1907 o godzinie 7 wieczorem w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Plan prac sekcyi; zagai dr Bier. 2) Wykład dra E. Piaseckiego ze Lwowa: »Ławka szkolna ze stanowiska higienicznego«.

Posiedzenie administracyjne sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. galic. odbędzie się we wtorek dnia 29. stycznia 1907 o godzinie 6 wieczorem w Jarosławiu w szpitalu powszechnym z następującym porządkiem dziennym:

1) Najnowsze środki znieczulające, używane w chirurgii, kol. dr Müller.

2) Demonstracya chorych.

3) Sprawa wprowadzenia w życie zatwierdzonej przez Izby lekarskie taryfy za czynności lekarskie.

4) Wybory członków Biura sekcyi i delegatów na walne zgromadzenie.

5) Wnioski członków w sprawach zawodowych.

Ze względu na ważność przedmiotów posiedzenia, upraszamy kolegów o jak najliczniejsze przybycie.

Biuro sekcyi.

Dr Puzon, sekretarz. *Dr Czyżewicz*, przewodniczący.